

ОШИБКИ И ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ ЭНДОХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ТРУБНОЙ БЕРЕМЕННОСТЬЮ

Сачек Ю.А., Дивакова Т.С.

*УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов
медицинский университет»*

Внедрение в клиническую практику эндоскопической хирургии изменило подход к тактике лечения пациенток с эктопической беременностью. Использование лапароскопии для диагностики этой патологии позволяет в большинстве случаев одновременно осуществить и лечение. Эндоскопическая хирургия является наиболее прогрессивным и перспективным методом хирургического лечения эктопической беременности. Вместе с тем, применение лапароскопии, как и любого другого медицинского вмешательства, сопряжено с определенным риском для здоровья пациенток. Так, согласно данным литературы, в 0,5-7,6% случаев при лапароскопии наблюдаются осложнения различной степени тяжести. Частота, тяжесть ошибок и осложнений при эндоскопии во многом определяются учетом показаний и противопоказаний к хирургическому вмешательству, квалификацией хирурга и операционной бригады, оснащенностью анестезиологическим и эндоскопическим оборудованием.

Цель настоящего исследования - оценка ошибок и осложнений при эндоскопическом лечении трубной беременности.

Проведен проспективный анализ историй болезни 133 пациенток с эктопической беременностью, находившихся на стационарном лечении в гинекологических отделениях роддомов №1 и №2, больницы скорой медицинской помощи г. Витебска. Всем пациенткам было выполнено эндоскопическое вмешательство, во время которого у 49,6% выявлена прогрессирующая трубная беременность, у 44,4% - трубный аборт, у 6,0% - разрыв маточной трубы. I-ю группу составили 88 пациенток, прооперированных методом лапароскопии, II-ю – 45 пациенток, у которых лапароскопия по различным причинам была завершена традиционной лапаротомией.

Во время эндоскопии у пациенток I-ой группы выполнили следующие виды хирургического вмешательства: в 19(21,6%) случаях - сальпинготомия с удалением плодного яйца, в 69(78,4%) - сальпингоэктомия; кроме этого в 39 (44,3%) – разъединение спаек в области придатков, в 3(3,4 %) – каутеризацию яичников, в 5(5,7 %) -

резекцию яичников, в 9 (10,2 %) - стерелизацию путем пересечения и клеммирования маточных труб. Во время лапаротомии у пациенток II-ой группы были выполнены: удаление маточной трубы - в 100% случаев, а также удаление придатков - в 1(2,2%), разъединение спаек - в 26(57,8%), резекция яичника - в 5(1,1%), иссечение трубного угла матки - в 3(6,7 %), стерилизация - в 5(5,7 %), стоматоластика - в 2(4,4 %), консервативная миомэктомия - в 2(4,4 %) случаях, удаление кисты яичника - в 1-ом.

Причинами завершения диагностической эндоскопии чревосечением у пациенток II-ой группы явились: в 8(17,8%) случаях-выраженный спаечный процесс в брюшной полости и малом тазу, в 4(8,9 %) - расположение плодного яйца в интерстициальном отделе маточной трубы, в 1(2,2 %)- кровотечение (гемоперитонеум > 2-х литров), в 1(2,2 %) - большие размеры плодного яйца с перитубарной гематомой (в d >10 см). Кроме того, в одном случае при выраженном спаечном процессе при попытке разделения сращений придатков с кишечником с помощью коагуляции был травмирован тонкий кишечник; в другом случае - при попытке хирургического вмешательства при прогрессирующей трубной беременности в интерстициальном отделе трубы возникло кровотечение, остановить которое эндоскопическим способом не удалось. В остальных 28(62,2%) случаях причиной перехода лапароскопии на лапаротомию явилось отсутствие гинеколога, владеющего техникой эндоскопической хирургии.

Послеоперационный период у пациенток обеих групп (за исключением 1-го случая) прошел без особенностей, при этом койко-день составил в I-ой группе $5,3 \pm 0,2$, во II-ой - $7,8 \pm 0,3$. У 1-ой больной из I-ой группы после эндоскопической туботомии и удаления плодного яйца на 2-е сутки после операции развилась клиника пельвиоперитонита. В связи с подозрением на травму внутренних органов произведена лапаротомия. При ревизии органов брюшной полости выявлено: серозный выпот в количестве 400 мл, инициированные сосуды тазовой брюшины, гиперемия и отек оперированной маточной трубы с налетом фибрина. Труба была удалена, произведен лаваж и дренирование брюшной полости. Антибактериальная терапия назначена с учетом обострения скрытой урогенитальной инфекции (сочетание хламидиоза и уреоплазмоза). Одна из пациенток I-ой группы, которой было выполнено органосохраняющее эндоскопическое вмешательство, поступила в стационар повторно через 3 недели после выписки с симптомами внутрибрюшного кровотечения и наличием объемного образования по

данным УЗИ со стороны оперированной трубы. В связи с наличием внутрибрюшного кровотечения пациентке произведена лапаротомия. При ревизии органов брюшной полости было обнаружено около 200 мл темной крови и сгустков в прямокишечно-маточном кармане, в области оперированной трубы рыхлые единичные спайки, труба прикрыта сгустками крови, утолщена в истмическом отделе до 3,0 – 3,5 см, синюшно-багрового цвета, к области утолщения прилегал дефект трубы неправильной формы длиной 1,5 - 2,0 см, в просвет которого в проксимальной части выступали ворсины хориона. Произведено удаление трубы, лаваж и дренирование брюшной полости. Послеоперационный период протекал без особенностей. Гистологическое исследование материала, полученного при первой и повторной операциях, подтвердило диагноз трубной беременности: в обоих случаях в препаратах обнаружены ворсины хориона.

Таким образом, проведенное исследование позволило выявить ошибки и осложнения, возможные при эндохирургическом лечении больных с трубной беременностью. К ошибкам мы отнесли попытку лапароскопического вмешательства при расположении плодного яйца в интерстициальном отделе маточной трубы, что привело к возникновению кровотечения, а также попытку эндохирургического лечения при выраженном спаечном процессе, что повлекло за собой ранение кишечника. К осложнениям – развитие серозного пельвиоперитонита в послеоперационном периоде и персистенцию трофобласта после органосохраняющего лечения, в результате чего было выполнено повторное хирургическое вмешательство. Выявленные ошибки и осложнения никаким образом не дискредитируют лапароскопию как ценный метод диагностики и лечения, а напротив, способствуют разработке алгоритма ведения пациенток с эктопической беременностью для успешного проведения эндоскопических вмешательств.

Итак, широкое применение хирургической лапароскопии в лечении больных с трубной беременностью должно выполняться подготовленными врачами акушер-гинекологами. Необходима разработка показаний и противопоказаний к такому виду лечения. У больных с органосохраняющим вмешательством и подозрением на скрытую инфекцию гениталий показано проведение адекватной антибиотикотерапии, либо отказ от сохранения маточных труб и их удаление с рекомендацией к лечению бесплодия методами вспомогательных репродуктивных технологий. Для профилактики персистенции трофобласта в 1-е сутки после удаления плодного яйца показано системное введение метотрексата.